

**SZPITAL INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ  
(HOSPITAL FOR SPECIAL CARE)  
WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

**CZŁONKOWIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO (WYMIENIĆ NAJPIERW SIEBIE)**

Imię (imiona) i nazwisko	Relacja	Płeć	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Nr ubezpieczenia społecznego
--------------------------	---------	------	----------------	-------------------	------------------------------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Jeśli wnioskodawczyni lub członkini gospodarstwa domowego jest w ciąży, proszę podać imię i nazwisko \_\_\_\_\_ oraz termin porodu \_\_\_\_\_

Czy jest pan/i obywatelem USA?  Tak  Nie Jeśli nie, proszę podać status imigracyjny \_\_\_\_\_ i numer \_\_\_\_\_

Datę wjazdu do USA \_\_\_\_\_ miejsce wjazdu \_\_\_\_\_ i kraj pochodzenia \_\_\_\_\_

**INFORMACJE O ZATRUDNIENIU**

*Proszę wymienić aktualnych lub ostatnich pracodawców – swoich i każdej osoby wykonującą pracę przynoszącą zarobek w pańskim/pani gospodarstwie domowym.*

Imię i nazwisko odejścia	Imię i nazwisko odejścia	Pracodawca	Stanowisko	Data zatrudnienia	Powód Data
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**OBECNE PRZYCHODY**

Imię i nazwisko żywiciela rodziny	Pracodawca	h./tyg.	(Zakreślić jedno) Kwota (na miesiąc/tydzień) (brutto)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

POZOSTAŁE DOCHODY	TAK	NIE	Data złożenia wniosku	Kwota na m-c/tydz. (brutto)
SSI	_____	_____	_____	\$ _____
Ubezpieczenie społeczne	_____	_____	_____	\$ _____
Emerytura	_____	_____	_____	\$ _____
Renty	_____	_____	_____	\$ _____
Ubezpieczenie pracowników od wypadków przy pracy	_____	_____	_____	\$ _____
Ubezpieczenie pracowników od bezrobocia	_____	_____	_____	\$ _____
Świadczenie dla weteranów	_____	_____	_____	\$ _____
Przydział wojskowy	_____	_____	_____	\$ _____
Zasiłek chorobowy/Renta inwalidzka	_____	_____	_____	\$ _____
Dochód lokatora/najemcy	_____	_____	_____	\$ _____
Dochód z wynajmu lokalu	_____	_____	_____	\$ _____
Świadczenia na dzieci/alimenty	_____	_____	_____	\$ _____
Inne (rodzaj i źródło)	_____	_____	_____	\$ _____

Jeśli nie ma pan/i żadnego dochodu, proszę wyjaśnić, w jaki sposób zaspokaja pan/i swoje podstawowe potrzeby życiowe/medyczne.

---



---



---



---

### AKTYWA

Czy pan/i lub ktokolwiek w pańskim/pani gospodarstwie domowym posiada którekolwiek z niżej wymienionych aktywów

Dysponowane środki pieniężne \_\_\_\_\_ Tak \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Jeśli tak, proszę podać kwotę  
\$ \_\_\_\_\_

**Konto w banku lub kasie pożyczkowej** \_\_\_\_\_ Tak \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Jeśli tak, proszę wypełnić poniżej:

Nazwa banku/kasy pożyczkowej	Adres	Nr konta	Rodzaj	Saldo
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____

**Renty, fundusze powiernicze i/lub akcje i obligacje** \_\_\_ Tak \_\_\_ Nie Jeśli tak, proszę uzupełnić poniżej:

Nazwa firmy/instytucji	Nr konta	Liczba udziałów	Aktualna wartość
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Pojazdy silnikowe samochody, motocykle, przyczepy, kampery, łodzie, itp.** \_\_\_\_\_ Tak \_\_\_\_\_ Nie

Typ	Marka	Model	Rok	Nr rejestracyjny	Wartość w NADA	Pozostałe do spłaty saldo kredytu	Kapitał własny
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Ubezpieczenie na życie:** \_\_\_\_\_ Tak \_\_\_\_\_ Nie Jeśli tak, proszę uzupełnić poniżej:

Ubezpieczony	Nazwa towarzystwa	Data wejścia w życie	Wartość nominalna	Wartość polisy
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Nieruchomości:** \_\_\_\_\_ Tak \_\_\_\_\_ Nie Jeśli tak, proszę uzupełnić poniżej:

(Dom, ziemia, wynajmowany lokal, itp.)

Lokalizacja i rodzaj nieruchomości	Właściciel hipoteczny	Aktualne pozostałe do płaty saldo kredytu
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Inne aktywa:** \_\_\_\_\_ Tak \_\_\_\_\_ No Jeśli tak, proszę wyjaśnić: \_\_\_\_\_

### HISTORIA WOJSKOWA

Czy pan/i lub ktokolwiek z pańskiego/pani gospodarstwa domowego służył w wojsku? \_\_\_\_\_ Tak \_\_\_\_\_ Nie

Jeśli tak, Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Daty odbywania służby: \_\_\_\_\_

Dziedzina służby: \_\_\_\_\_ Niepełnosprawny weteran: \_\_\_\_\_ Tak \_\_\_\_\_ Nie

Składał/a wniosek do: Funduszu dla Żeglarzy/Żołnierzy/Marynarki: \_\_\_\_\_ Tak \_\_\_\_\_ Nie Jeśli tak, proszę podać datę złożenia wniosku: \_\_\_\_\_

Składał/a wniosek do: Składał/a wniosek do: Administracji Weteranów: \_\_\_\_\_ Tak \_\_\_\_\_ Nie Jeśli tak, proszę podać datę złożenia wniosku: \_\_\_\_\_

**UBEZPIECZENIE/ŚWIADCZENIA MEDYCZNE**

Osoba ubezpieczona	Źródło i rodzaj (tj. ubezpieczyciel/organizacja utrzymania zdrowia)	Identyfikator/Nr sprawy	Data wejścia w życie
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**WYDATKI**

<b>CZYNSZ</b>	<b>Miesięcznie/Tygodniowo</b>	<b>WŁASNA NIERUCHOMOŚĆ</b>	<b>Miesięcznie/Tygodniowo</b>
<b>Mieszkanie/Dom</b>	\$ _____	<b>Dom</b>	\$ _____
<b>Zaplecze bytowe</b>	\$ _____	<b>Mieszkanie własnościowe</b>	\$ _____
<b>Sam pokój</b>	\$ _____	<b>Przyczepa mieszkalna</b>	\$ _____
<b>Inne (jakie)</b>	\$ _____	<b>Inne (jakie)</b>	\$ _____
<b>Czynsz obejmuje (proszę zaznaczyć)</b>		<b>Koszt hipoteki</b>	\$ _____
<b>Ciepłą wodę</b> ___ <b>Ogrzewanie</b> ___ <b>Prąd</b> ___ <b>Gaz</b> ___		<b>Roczne podatki</b>	\$ _____

***WYDATKI NA MEDIA***

Ogrzewanie/Prąd/Gaz	\$ _____
Telefon	\$ _____
Telewizja kablowa	\$ _____
Woda	\$ _____

***ZADŁUŻENIE NA KARCIE KREDYTOWEJ***

Wierzyciel	Opłata miesięczna
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

***INNE RÓŻNE WYDATKI W GOSPODARSTWIE DOMOWYM***

(ZAKREŚLIĆ JEDNO)

Świadczenia na dzieci/alimenty	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Kredyt na samochód/pojazd	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Ubezpieczenie samochodu/pojazdu	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Ubezpieczenie zdrowotne	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Ubezpieczenie na życie	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Czesne/kredyt studencki	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Wydatki na szpital/opiekę lekarską	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Opieka nad dzieckiem	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Kredyt osobisty	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
Inne (wymienić)	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie
	\$ _____	tygodniowo/miesięcznie/rocznie

## WNIOSKODAWCA

### PRAWA I OBOWIĄZKI

1. Niniejszym składam wniosek o pomoc finansową z programu Charity Care, ze Szpitala intensywnej opieki medycznej.
2. Zaświadczam, pod rygorem kary za składanie fałszywych zeznań, że wszystkie oświadczenia złożone przeze mnie w tym wniosku są prawdziwe i poprawne, zgodne z wymienionymi w Polisie Charity Care Szpitala intensywnej opieki medycznej.
3. Rozumiem, że w przypadku niesatysfakcjonującej decyzji Szpitala odnośnie mojego wniosku, przysługuje mi prawo do odwołania się od tej decyzji.
4. Zgadzam się, że przedstawione przeze mnie w tym wniosku informacje muszą zostać zweryfikowane i zgadzam się przedstawić na żądanie odpowiednią dokumentację.
5. Upoważniam Szpital intensywnej opieki medycznej do przeprowadzenia dochodzenia w celu określenia, czy kwalifikuję się do programu. Udzielam również szpitalowi zgody na pozyskanie niezbędnych danych osobowych i/lub finansowych m.in. z następujących źródeł: banków, kas pożyczkowych i innych instytucji finansowych, pracodawców, świadczeniodawców medycznych, właścicieli wynajmowanych nieruchomości, agencji kredytowych i innych agencji stanowych i federalnych, takich jak Departament Usług Socjalnych, Departament Pracy, Administracja Ubezpieczenia Społecznego, Departament ds. Weteranów oraz Urząd ds. Imigracji i Naturalizacji.
6. Zgadzam się uzupełnić proces składania wniosku o wszelkie programy świadczeń zewnętrznych, do których mogę się kwalifikować, włącznie z ubezpieczeniem zdrowotnym, świadczeniami dla weteranów itp. Ponadto zgadzam się złożyć wniosek i przejść proces składania wniosku o Stanową pomoc medyczną i/lub Miejską pomoc medyczną.

---

Podpis wnioskodawcy

---

Data

---

Podpis małżonka/małżonki/tłumacza/świadka

---

Data

---

Podpis doradcy pacjenta

---

Data

**PRZESŁAĆ NA ADRES: Hospital for Special Care, 2150 Corbin Avenue, New Britain, CT 06053**  
**Do wiadomości: Doradcy pacjenta**

**Szpital intensywnej opieki medycznej**  
Odwołanie od decyzji w sprawie zakwalifikowania się do programu Charity Care

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko pacjenta lub poręczyciela

\_\_\_\_\_  
Adres

\_\_\_\_\_  
Miasto, stan, kod pocztowy

Decyzja Charity Care została odebrana w dniu \_\_\_\_\_.

Zaznaczyć jedno:

\_\_\_\_\_ Składam odwołanie od decyzji o **odmowie** przyznania świadczeń z programu Charity Care.

\_\_\_\_\_ Składam odwołanie od decyzji o **procencie** przyznanego świadczenia.

W oparciu o poniższe informacje proszę o ponowne rozpatrzenie mojego wniosku o przyznanie świadczeń z programu Charity Care:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Proszę dołączyć dokumenty potwierdzające powyższe informacje.

\_\_\_\_\_  
Podpis

\_\_\_\_\_  
Data

Szpital intensywnej opieki medycznej  
**Arkusz roboczy Charity Care**

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_ Data złożenia wniosku \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Data wydania decyzji \_\_\_\_\_

Ważne do \_\_\_\_\_

Wielkość rodziny \_\_\_\_\_

Miesięcznie \_\_\_\_\_

Rocznie \_\_\_\_\_

Powód odmowy:

Zbyt duży dochód: \_\_\_\_\_

Nie podano  
wymaganych informacji: \_\_\_\_\_

Znaczne aktywa: \_\_\_\_\_

**Dostarczona weryfikacja dochodu (dołączyć kopie)**

Zalecenia/Uwagi

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aktywa**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dostarczona weryfikacja aktywów (dołączyć kopie)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Kwalifikowalność w zakresie progów dochodu**

\_\_\_\_\_ **Tak** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **%** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Nie** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Ogółem** \_\_\_\_\_

Sprawdził/a \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Zatwierdził/a \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Odrzucił/a \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**ŚWIADCZENIE ZAPOMOGOWE**

Zgoda kontrolera: \_\_\_\_\_

Kierownik zespołu opieki nad pacjentami: \_\_\_\_\_

MIESIĄC: \_\_\_\_\_

Data zamieszczenia: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko pacjenta	Nr konta Nr rachunku	Daty dostarczenia	Kwota